

Trabajo Fin de Grado

Programa de Mentoría en Salud Mental Infanto-Juvenil

Autora

Lucía Murillo Ciudad

Director

Sergio Siurana López

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2021

Resumen

El proyecto de intervención sociosanitario está dedicado a complementar y apoyar el proceso terapéutico de pacientes adolescentes entre 12 y 18 años en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez y a prevenir o reducir la aparición de trastornos mentales en la edad adulta a través de un Programa de Mentoría comunitaria 1 a 1 en el que se crea una relación de amistad informal, de acompañamiento y apoyo social ofrecido por mentores formados en mentoría, salud mental y adolescencia y con la supervisión, seguimiento y apoyo de los profesionales de la institución, coordinados por una trabajadora social.

Palabras clave: Salud Mental, Mentoría Comunitaria, Infanto-Juvenil, Programa, Apoyo Social.

Abstract

The socio-sanitary intervention project is dedicated to complementing and supporting the therapeutic process of adolescent patients between 12 and 18 years old in the Child-Youth Mental Health Unit of the Inocencio Jiménez Medical Specialties Center and to prevent or reduce the appearance of mental disorders in old age adult through a 1 to 1 Community Mentoring Program in which an informal friendship relationship, of accompaniment and social support is created, offered by mentors trained in mentoring, mental health and adolescence and with the supervision, monitoring and support of professionals of the institution, coordinated by a social worker.

Keywords: Mental Health, Community Mentoring, Child-Youth, Program, Social Support.

Índice

Introducción	4
Metodología del Trabajo Fin de Grado	5
Fundamentación	6
Marco Teórico	6
Análisis del contexto	9
Necesidades sociales en la población infanto-juvenil en salud mental.	10
Beneficios y resultados esperados	11
Marco legal.....	13
Diseño del Programa de Mentoría	14
Marco Institucional	14
Objetivos generales y específicos.	16
Metodología	16
Cronograma.....	24
Recursos Humanos.....	26
Indicadores de evaluación.....	29
Presupuesto	31
Conclusiones	31
Bibliografía	34

Introducción

En el siguiente documento se presenta y se desarrolla el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza. Se presenta un proyecto de intervención basado en la creación de un Programa de Mentoría en una Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil destinado a los pacientes de dicha unidad entre los 12 y 18 años, coordinado y supervisado por una trabajadora social.

La idea del programa surge de una necesidad de la que se sugiere la hipótesis de que los pacientes adolescentes atendidos en dicha unidad tendrían una evolución más rápida y positiva en su tratamiento terapéutico mejorando su bienestar mental y social, si participasen en el Programa de Mentoría.

Por lo tanto, el trabajo se va a basar en la fundamentación y explicación del Programa de Mentoría a través de los diferentes apartados de la estructura de un proyecto de intervención. Para ello creo conveniente desarrollar el porqué de esta idea.

Tras mis prácticas en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez, como trabajadora social, me di cuenta de que muchos jóvenes atendidos en dicho recurso necesitaban una ayuda y apoyo más allá de la profesional.

Pese a la gran labor y dedicación de la trabajadora social, el colapso y la acumulación de trabajo, no solo de dicha profesional, sino de todo el equipo multidisciplinar, en mi opinión, no permitía un seguimiento frecuente en el que se pudiera crear un ambiente de confianza para los adolescentes.

En la observación de las entrevistas con algunos adolescentes acompañados de sus padres o familiares veía una gran incompreensión de estos últimos hacia lo que intentaban decir o explicar sus hijos y, por ende, una enorme frustración e incapacidad de expresarse de los adolescentes. También había casos en los que los jóvenes no proporcionaban información sobre el porqué de sus comportamientos o actitudes y en una entrevista de 45 minutos por mucho que se buscaran soluciones, eran poco efectivas.

Tras todas estas entrevistas descritas, siempre se me pasaba por la cabeza que, si estos pacientes tuvieran a alguien en el que confiar, se vieran reflejados y los acompañaran de una manera más continuada, avanzarían mucho más rápido en su proceso de recuperación de ellos consigo mismos y de ellos con el mundo. Vi la necesidad de que en la unidad hubiera algún recurso que pudieran cubrir lo planteado.

Es por ello por lo que, para el Trabajo de Fin de Grado, quiero proponer un Proyecto de Intervención, un Programa de Mentoría para la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para que los adolescentes que acuden al recurso tuvieran un apoyo y un seguimiento más continuado, informal, cercano, de confianza y de referencia. Este programa se llevaría a cabo para que se complementara y coordinara con el trabajo de los profesionales de la unidad para proporcionar un mayor apoyo social, seguimiento y cuidado más exhaustivo a los pacientes que lo necesitaran.

Metodología del Trabajo Fin de Grado

Para la realización eficiente de este proyecto de intervención, se ha seguido una metodología que engloba los aspectos indispensables para su desarrollo como son las técnicas de investigación previa, de diseño, la estructura del cuerpo de intervención, así como las fases de creación del proyecto con sus correspondientes desarrollos (portada, resumen, índice, introducción, metodología, fundamentación, diseño del proyecto, conclusiones y bibliografía). Se puede dividir el proceso metodológico en tres estructuras generales: planificación, desarrollo y conclusión.

El objetivo general que se pretende del Trabajo de Fin de Grado es pues, el diseño de un Programa de Mentoría cuya finalidad sea lograr, junto con los demás recursos de la unidad, un mayor bienestar mental en los pacientes infanto-juveniles, procurando así reducir o prevenir en la medida de lo posible el desarrollo de posibles patologías psíquicas y emocionales en la edad adulta y ayudar a una mejor adaptación a las dificultades producidas en la niñez y adolescencia.

Los objetivos específicos son:

- Reflexionar sobre la salud mental infanto-juvenil desde la perspectiva del trabajo social.
- Indagar en el ámbito de la salud mental, la mentoría y la adolescencia y la realidad actual.
- Analizar los nexos en común de los conceptos nombrados anteriormente.
- Realizar un estudio teórico que fundamente el proyecto de intervención.

En primer lugar, para la planificación, se ha realizado un proceso de investigación tanto cualitativa como cuantitativa exhaustivo para delimitar y concretar el ámbito de intervención analizando numerosa bibliografía y aportaciones teóricas rigurosas sobre mentoría, adolescencia y salud mental para poder presentar un marco teórico que respalde la hipótesis y la idea del Programa de Mentoría en Salud Mental. Se ha obtenido información sobre todo de libros, artículos e informes de profesionales expertos en las materias queriendo destacar Mentoría de menores y jóvenes: Guía práctica, de Pat Dolan y Bernadine Brady (2017) y Cómo construir un programa de mentoría exitoso utilizando los Elementos de la práctica efectiva, de la MENTOR/National Mentoring Partnership (2005).

Más adelante, una vez el marco teórico estructurado, gracias a toda información recogida, poco a poco el cuerpo del trabajo va cogiendo forma añadiendo en cada punto información relevante para su desarrollo y añadiendo o modificando apartados para poder estructurar el diseño del proyecto adecuado.

Tras la revisión de toda la información expuesta se hace una reflexión sobre los beneficios y las ventajas que ofrece el proyecto de intervención planteado. Para poder terminar de fundamentar por completo el Programa de Mentoría se realiza un análisis de la realidad del contexto social y legal en el que se plantea, exponiendo, de manera cuantitativa, a través de la investigación, la realidad de los adolescentes y su salud mental actualmente.

La fase de desarrollo corresponde con el diseño y desarrollo de los diferentes apartados del proyecto de intervención (marco institucional, objetivos, metodología, recursos humanos, actuaciones, cronograma, evaluación y financiación), es decir, el diseño del Programa de

Mentoría. Las fuentes expuestas en este apartado se basan en la información adquirida y sobre la que se ha reflexionado en la fase de planificación y también gracias a la entrevista personal con el coordinador de proyectos de Faim, quién, describió el funcionamiento del Programa de Mentoría de Proyecto Ariadna. Se realiza una completa descripción sobre la institución donde se va a realizar el programa, Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, de la que se recoge información adquirida de artículos de prensa y ofrecida por la trabajadora social de la misma unidad.

Las conclusiones se realizan en base a las percepciones y resultados adquiridos del desarrollo de cada uno de los puntos que estructuran este proyecto. Se hace una reflexión sobre la resolución general del trabajo analizando y evaluando los problemas o limitaciones que han surgido, pero también se muestra una perspectiva de lo que se espera si fuera posible la aplicación e implantación del programa.

Fundamentación

Marco Teórico

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo del ciclo vital humano más sensible ante los cambios producidos tanto ambientalmente, físicamente como cognitivamente.

Como bien describe Funes (2003), “la adolescencia se concibe hoy en día como una transición desde el mundo infantil al mundo adulto que desemboca en un largo tiempo de juventud (que genera potentes efectos de atracción y aporta materiales para la experimentación de estilos de vida adolescentes)”. Es un tiempo en el que se construyen aspectos importantes de la forma de ser, un tiempo destinado a descubrir y experimentar condicionado por las oportunidades y acontecimientos.

Los adolescentes son personas en constante evolución que atraviesan por diferentes fases de desarrollo y neurodesarrollo, tanto biológicas como psicológicas, sociales y culturales (Ortiz, 2014). Existen cambios en las estructuras cerebrales implicadas en las emociones, juicios, organización del comportamiento y autocontrol.

En este periodo cambia por completo la concepción de las relaciones familiares produciéndose así una crisis o ruptura generacional que aleja al adolescente del vínculo con sus padres creado en la niñez y, en muchas ocasiones, los padres no saben cómo tratar dicha ruptura.

Debido a estos cambios, la adolescencia se debe considerar como un periodo de riesgo en el cual pueden estar presentes la aparición de síntomas y enfermedades, así como también alteraciones de la personalidad (Garcés, 2017) y, por lo tanto, a la salud mental del menor.

La Organización Mundial de la Salud (2017) define salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Según la definición de la Health Committee/House of Commons, expuesta en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Aragonés de Salud, sobre la salud mental de los niños y adolescentes, la salud mental de estos debe tener los siguientes requisitos:

- Capacidad de acceder a relaciones mutuamente satisfactorias y mantenerlas.
- Progreso en el desarrollo psicológico.
- Capacidad de desarrollarse y aprender de una manera apropiada a la edad y al nivel intelectual.
- Desarrollo del sentido del bien y del mal.
- Que el grado de malestar y conducta desadaptada no exceda los límites apropiados de la edad del joven y de su contexto.

La salud mental hace referencia a la integridad y al adecuado funcionamiento de las capacidades cognitiva, afectiva, ejecutiva y relacional del ser humano. (Truffino, 2015)

En la adolescencia todas estas capacidades descritas por Truffino se ven alteradas, por lo que la salud mental de los jóvenes tiene más riesgo de desequilibrarse y salir a la luz alteraciones en el comportamiento o en la personalidad. Sin embargo, los adolescentes presentan una mayor resiliencia emocional y cognitiva, es decir, la capacidad de responder con una adaptación positiva ante una intervención, si se es necesaria, de un recurso de salud mental. Si se tratan estas alteraciones en la adolescencia es más probable la prevención de trastornos mentales en la edad adulta. Según el Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2014) si no se trata adecuadamente la mala salud mental durante la infancia y adolescencia, aumenta la vulnerabilidad al funcionamiento psicológico deficiente a corto y largo plazo en la adultez.

Los problemas de salud mental tienen un peso significativo en la morbilidad y la mortalidad en los jóvenes en todo el mundo. Así, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes, y los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo específicamente la depresión, la esquizofrenia y el abuso del alcohol, son la principal causa de discapacidad en los jóvenes de todas las regiones a nivel internacional. Aproximadamente la mitad de los trastornos mentales aparecen por primera vez antes de los 14 años. Más del 70% de todos los trastornos mentales comienzan antes de los 18 años. Se estima que una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padece algún problema de desarrollo emocional o de conducta, y que uno de cada ocho tiene en la actualidad un trastorno mental. (Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM, 2014, p.13)

Las investigaciones proponen una prevalencia para los trastornos psicopatológicos que oscilan entre un 14% y un 20% en niños mayores y adolescentes. Cada vez más se reconoce que a partir de los 12-14 años se produce un aumento importante tanto de trastornos de conducta y del control de los impulsos como de reacciones depresivas y estados de ansiedad. Frecuentemente son diagnosticados como *Trastornos Adaptativos* por su relación directa con acontecimientos vitales (tanto externos como internos) que vive el adolescente. (Antona et al., 2003)

Hace años, se debatía sobre si los niños sufrían trastornos mentales, y se minimizaba su importancia. Actualmente se cuenta con suficientes evidencias que demuestran la existencia de relación y continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta (Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM, 2014).

La psiquiatría infantil actualmente se detiene en investigar y conocer fenómenos evolutivos puntuales como la madurez y el desarrollo del pensamiento, y reconoce una mayor capacidad de modificación y adaptación biopsicosocial; entre más joven más plasticidad cerebral. En comparación con los adultos muchos de los trastornos infantiles son de presentación y curso temporal y autolimitado, y pueden cursar y resolverse sin tratamiento medicamentoso (Ortiz, 2014, p.65). Este argumento quiere decir que la intervención terapéutica adecuada para los pacientes podría palear dichos trastornos y prevenir el desarrollo de futuras patologías en la edad adulta.

Todos los autores y fuentes que se han consultado coinciden en que la prevención es la práctica más eficiente para el devenir psicológico y social de los adultos ante problemas de salud mental en la niñez y juventud.

Así pues, desde el Servicio Aragonés de Salud, se afirma que “la prevención en salud mental de la población ha de integrar una atención a la infancia/juventud de calidad y no sólo en aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también en otros aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria”. En las USMIJ (Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil) y en los demás servicios de la red asistencial, se debe considerar como función esencial de su propia existencia la prevención de los trastornos de salud mental en la población infanto-juvenil, y por ello mismo también de la adulta.

Los autores de Adolescencia y Salud (2003) consideran que “durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un capital de salud, en términos de información sobre temas claves y la adquisición de unas habilidades de vida y estilos de respuesta saludables por lo que se deben desarrollar estrategias de promoción de salud para responder a los desafíos que amenazan a la salud mental de los y las adolescentes”.

Castro y Rodríguez (2016, p.7) comparten que los estudios actuales revelan la importancia en la actuación preventiva y en la necesidad de disponer de recursos específicos que puedan transformar dichas alteraciones. Por lo que corresponde a las instituciones públicas proporcionar servicios de atención y prevención para afrontar estos entornos en conflicto mediante la elaboración de programas y disposición de servicios especiales.

Estas afirmaciones y propuestas podrían llegar a ser beneficiosas para la creación de planes y programas como el que se plantea aquí, mentoría para la salud mental infanto-juvenil, ya que no tiene otra finalidad que la de prevenir y tratar los problemas o conflictos de dicha población.

La mentoría en términos generales es un proceso en el que una persona tiene un referente que le apoya, le ayuda y le acompaña en determinados aspectos de su vida. Refiriéndonos a la mentoría con menores, la *Youth Mentoring Network* de Nueva Zelanda (2008) la define como “un proceso por el que un guía con más experiencia, y en el que se confía, entabla una relación con un menor que quiere contar en su vida con una persona que se preocupe por él y tenga más experiencia, de manera que el joven esté apoyado en su crecimiento hacia la adultez y se incremente la capacidad de establecer conexiones sociales positivas y de construir competencias básicas”. (Dolan & Brady, 2015, p.7)

Es una relación estructurada y de confianza que les permite a las personas jóvenes reunirse con individuos interesados que ofrecen orientación, apoyo y ánimo con el fin de desarrollar las

competencias y el carácter del aprendiz. Es una estrategia probada por el tiempo que puede ayudar a las personas jóvenes de toda circunstancia a alcanzar su potencial. (MENTOR/*National Mentoring Partnership*, 2005, p.9)

Se plantea la mentoría como una relación humana, una relación uno a uno que le muestra al adolescente que él es valorado como persona y es importante para la sociedad. Se considera como una relación flexible que es capaz de trabajar con el “niño completo” en su entorno, cultura, contexto y género propios, y construir basándose en sus virtudes personales únicas.

Es por ello que los programas de mentoría pretenden facilitar un contexto seguro para el desarrollo de unas relaciones de apoyo entre adultos y menores que les sirvan a estos últimos como recurso, al afrontar las complejidades de la vida. Tratan de crear una relación de amistad entre un menor y un adulto que brinde apoyo y en la que puedan desarrollarse la confianza y la cercanía, y en la que el adulto pueda ayudar al menor a seguir adelante con independencia de los acontecimientos normativos y no normativos y de las molestias cotidianas que experimente. (Dolan & Brady, 2015, p.13)

Análisis del contexto

La intervención de los servicios y recursos de salud mental en los niños y adolescentes es muy necesaria para intentar conseguir un desarrollo correcto en su maduración y tratar de prevenir el malestar mental en la edad adulta y dada la situación en la que nos encontramos a causa del COVID-19 considero que aún es más urgente ya que ha hecho que aumente el malestar mental de la población.

La reciente Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19 (2021), realizada por el CIS, así lo demuestra detectando en el 52,2% de las familias un cambio en el comportamiento de sus hijos e hijas, especialmente en su conducta (80,2%), en sus hábitos diarios (78,6%), con alteraciones del humor (72,7%) y en la forma de mostrarse ante los/as demás (60,8%). En un 50% de los casos, las familias han notado que sus hijos/as o nietos/as se han mostrado más exigentes, en el 45,9% más retraídos y en el 41,8% más agresivos, durante el período de pandemia. Entre los cambios observados en los hábitos diarios de niños, niñas y adolescentes, destaca un incremento en el uso de las nuevas tecnologías -mayor uso de tablets (55,7%), de exposición a la TV (53,8%) y de teléfono móvil (51,5%), así como las dificultades de concentración (42,0%), una falta de actividad física (41,2%) y oposición para salir a la calle (39,8%).

Dado lo anterior, el 12,6% de las familias ha acudido a un profesional de la salud mental (psicólogo) solicitando ayuda para sus hijos/as y nietos/as, y el 4,8% manifiesta su intención de buscar ayuda, principalmente por parte de un profesional de la Psicología (69,7%).

La Confederación Salud Mental España (2021) indica que 2 millones de jóvenes de 15 a 19 años han presentado síntomas de problemas de Salud mental el último año.

Estos datos concluyen que la salud mental de los menores y jóvenes ha empeorado durante la pandemia y cabe esperar que dichos datos aumenten y se necesite de una mayor asistencia

sanitaria, donde, como se ha comentado anteriormente, la prevención y el tratamiento temprano juega un papel muy importante. Los sistemas públicos sanitarios deberían implantar recursos suficientes para paliar la situación actual y la futura.

La propuesta del nuevo Plan de Salud Mental 2021-2025 de la Consejería de Salud del Gobierno de Aragón pone gran atención a la salud mental infanto-juvenil recalcando especial afección de la pandemia a niños, adolescentes y jóvenes, indicando así la consejera de Salud Sira Repollés que se reforzará el número de camas de hospitalización y se firmará un acuerdo con entidades que trabajan en tratamientos de media y larga estancia. Además, se prevé mejorar la atención para los pacientes con trastornos de conducta alimentaria, tanto jóvenes como adultos. Se aumentarán el número de psicólogos y el Departamento impulsará los equipos comunitarios en los programas de intervención intensiva ambulatoria para ayudar a mantener a los pacientes en su ámbito convivencial y prevenir agudizaciones y hospitalizaciones. También serán temas de ocupación preferente en el nuevo plan la atención a las adicciones, sobre todo a las nuevas tecnologías, y el suicidio ya que están afectando cada vez más a la población infanto-juvenil. (Europa Press, 2021) (Carnicero, 2021).

Es por ello que, teniendo en cuenta los servicios y recursos de salud mental disponibles en el sistema autonómico de salud en Aragón, y haber tenido la oportunidad de haber evidenciado la necesidad de un mayor apoyo a los usuarios de USMIJ propongo la creación de un programa de mentoría que ayude a sobrellevar las dificultades de dichos pacientes.

Necesidades sociales en la población infanto-juvenil en salud mental.

La población infanto-juvenil atendida en las unidades de salud mental presentan unas determinadas necesidades sociales que tienen que estar muy presentes para el correcto desarrollo del programa ya que los mentores y los profesionales tienen que estar centrados en cubrirlas de manera adecuada.

La Confederación de Salud Mental España presenta un Estudio sobre las necesidades sociales de la infancia y adolescencia con atención en Salud Mental realizado por la Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social Agintzari (2012) en el que se destacan tres ámbitos en los que dividir dichas necesidades: familiar, escolar y social.

En el ámbito familiar se destaca la necesidad de los jóvenes del desarrollo de un apego seguro y de la imposición de las funciones normativas parentales como la obediencia, autoridad, normas, límites... También se destacan la necesidad de espacios de ocio y diversión con disponibilidad de la familia.

El estudio indica “la necesidad de contextos reeducativos para adolescentes con historial de vida difícil, daño emocional y problemas de conducta, que más allá de la presencia de patología clínica o no, necesitan de una estructuración personal y contención de la conducta.”

Muchos jóvenes son atendidos en salud mental por problemáticas derivadas de la situación familiar en la que se encuentran, ya sea por la economía familiar, por disputas entre los padres, separación o divorcio, violencia intrafamiliar o problemas académicos que los padres no saben

sobrellevar. Es por ello por lo que se crea una necesidad de mediación con las familias para que entre todos aprendan a administrar dichas situaciones. A veces, los que necesitan la intervención son más los familiares que los propios pacientes para saber actuar en el ámbito familiar. Debemos tener en cuenta que los pacientes son niños que todavía no han desarrollado por completo el razonamiento o adolescentes que no ven más allá de sus hechos y pensamientos por lo que los padres o tutores son los que tienen que aprender a gestionar.

Con respecto a lo escolar, se señalan las dificultades que tienen este colectivo en la función socializadora, de contención y control en la escuela. Los niños y adolescentes que acuden a salud mental suelen ser más vulnerables en el espacio afectivo y relacional (aunque no todos) y el colegio lo viven como algo negativo y angustioso para ellos. Es por ello por lo que el estudio indica la necesidad de un apoyo específico, integración y normalización.

Una de las conclusiones obtenidas en el estudio, que, en mi opinión, es de las más importantes es “la necesidad de flexibilizar el objetivo de disponer de un diagnóstico de salud mental en pro de tener como objetivo el diseño de la solución sobre los problemas que presenta el niño o niña”. En salud mental infanto-juvenil es más eficiente y necesario, no tanto un diagnóstico concreto, si no plantear soluciones a problemas que presenta el joven y a partir de allí obtener el diagnóstico.

En el ámbito social, se plantea la necesidad de crear oportunidades de relación y participación positivas ya que los pacientes infanto-juveniles en salud mental tienden a ser más vulnerables a la hora de crear relaciones negativas y realizar actividades perjudiciales que derivan en soledad, aislamiento, ansiedad y sensación de vacío. Estas situaciones positivas se tendrían que crear en espacios seguros y adaptados donde se trabaje el desarrollo de habilidades sociales.

Hoy en día la sociedad, sobre todo las familias, han adoptado una cultura en la que solo se miden los logros, las capacidades y la educación de los niños y adolescentes en base a multitarea, a la realización de varias o incluso muchas actividades extraacadémicas (idiomas, deportes, música...) que “potencian” la estimulación de los jóvenes. Este modelo educativo familiar atiende a la sobreestimulación de los menores añadiendo contenidos académicos y creando un exceso de competitividad, pero deja de lado una parte muy importante, la pérdida de las funciones de cuidado con respecto a las familias, observando una menor presencia de las figuras adultas en el crecimiento de los menores por lo que se deja de lado el desarrollo personal de estos. Este factor, en los pacientes de salud mental, tiene un gran impacto negativo ya que necesitan más apego emocional que una gran estimulación académica dadas sus dificultades. El estudio concluye que “estos aprendizajes y su falta de integración en relaciones significativas, dificultan los espacios de actuación autónoma, de reflexión, de pensamiento, de juego libre y de integración de la experiencia. Todo ello, necesario para el desarrollo infantil.”

Beneficios y resultados esperados

Los beneficiarios de los programas de mentoría no son únicamente los jóvenes, también lo son los voluntarios, los profesionales que participan en él e incluso la sociedad en general.

Proyecto PASAJE (2010-2014), de la Fundación Ozanam, indica que los proyectos de mentoría y acompañamiento mejoran claramente el capital emocional, intelectual, social y cultural de los jóvenes atendidos. En los voluntarios favorece el desarrollo personal, el aumento de sus competencias, el compromiso y vinculación con la sociedad.

El Proyecto de Mentoría de Espacio Ariadna (Faim) resalta la mejora terapéutica que han obtenido los participantes que acudían a las unidades de salud mental con el simple hecho de haber formado amistades sanas en las que confiar y apoyarse. Las relaciones con las familias en las que había conflictos han ido mejorando y los menores con hábitos perjudiciales como consumo de sustancias han requerido de ayuda por voluntad propia una vez establecida la relación de amistad en la fase estable de dicha relación. La coordinación del programa por parte de un educador social experto en mentoría ha facilitado la interacción y el apoyo constante que tienen los mentores para que las relaciones no se resintieran y tuvieran unos límites establecidos.

Dolan y Brady (2017) señalan en su libro que el *US National Research Council/Institute of Medicine* identificó en 2002 un conjunto de beneficios personales y sociales que incrementan el desarrollo saludable y el bienestar de los adolescentes y facilitan una transición satisfactoria desde la infancia hasta la edad adulta, pasando por la adolescencia. Estos beneficios son: desarrollo físico, desarrollo intelectual (pensamiento crítico, éxito escolar, destrezas para la vida), desarrollo psicológico y emocional (destrezas para desenvolverse bien, confianza en la propia eficacia personal y valores prosociales), desarrollo social (conexión con los padres, compañeros y otros adultos) y sentido de integración social.

El Proyecto Mentoría en la Unidad de Salud Mental-Infantojuvenil aportaría dichos beneficios. Los pacientes mentorados tendrían una persona que lo ofrecería un apoyo extra para el buen desarrollo emocional, intelectual y social ya que podría interactuar con esta como un miembro más de la ciudadanía eliminando prejuicios y estereotipos que se tienen de la salud mental.

El beneficio máximo que se busca con este programa es la reducción de síntomas de los trastornos diagnosticados y el ofrecer a los y las pacientes herramientas para poder sobrellevar las dificultades.

La relación de estos con las personas que les rodean como los padres y madres, tenderían a ser de más confianza. Los jóvenes con mentores tienden a confiar más en sus padres y a comunicarse mejor con ellos. (Herra et al., 2013)

Al realizar la mentoría desde el ámbito de la salud, los adolescentes tendrían más accesibilidad a tener elecciones de estilos de vida más saludables ya que desde los mentores, se haría bastante refuerzo, sobre todo en el cuidado de la salud mental. Todo ello conllevaría el desarrollo de una mayor autoestima y confianza, mejor comportamiento ante la sociedad, reforzando los lazos con las personas importantes en la vida de los jóvenes.

Como consecuencia de la relación de mentoría con una persona desconocida a la que poco a poco se le va cogiendo confianza y se va creando un referente informal, los jóvenes tenderían a desarrollar y mejorar sus habilidades interpersonales. Tendrían a una persona en la que confiar sus metas y expectativas y esta les ofrecería una visión realista sobre su vida y sobre lo que pueden llegar a ser capaces.

El apoyo social que se desarrolla en el proceso de mentoría tiene un gran impacto positivo en la salud mental de los adolescentes. El estudio de Bal y cols (2003) con 820 adolescentes entre 12 y 18 años así lo concluyó. (Dolan & Brady, 2017)

Con el programa de mentoría los pacientes de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil desarrollarían un papel más activo ante su tratamiento al realizarlo en un ambiente más informal, realizando actividades propuestas y aceptadas por ellos y expresándose cuando y como ellos se sintieran más cómodos, sin la presión de tener que estar en una consulta a una hora y tiempo determinados con la atenta mirada de los profesionales y acompañantes. Esto no quiere decir que la mentoría este en contra de las prácticas y los servicios formales que se ofrecen en la unidad, si no que sería un recurso más que reforzaría a los formales e institucionalizados.

Con este programa se pretende proporcionar un recurso complementario en la USMIJ que ayude positiva y eficazmente al bienestar del paciente mejorando los resultados del tratamiento llevado a cabo. Se espera que tenga un gran impacto en cuanto a la calidad y el tiempo de recuperación del paciente para consigo mismo y para con los demás (familias, amistades o actores sociales implicados).

No solo se esperan resultados óptimos en los pacientes, si no que cabría la posibilidad de generar un impacto social a favor de una sociedad más comprometida con la comunidad, con la salud mental y la solidaridad, estimulando así las iniciativas de mentoría como una nueva optativa complementaria no solo en el ámbito de la salud, si no en otras intervenciones.

Marco legal

Pese a que este año 2021, se tiene previsto implantar, como ya se ha mencionado anteriormente, el Nuevo Plan de Salud Mental de Aragón 2021-2025, de momento, el programa se enmarcaría en las líneas estratégicas plasmadas en el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021 que marca un enfoque integral y multisectorial en la asistencia a los trastornos mentales.

Dicho Plan se apoya principalmente en:

- El Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud que recomienda reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios completos, integrados y con capacidad de respuesta, poner en práctica estrategias de promoción y prevención de la salud mental y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 8, señala como actividad fundamental del sistema sanitario la planificación y evaluación sanitaria, y específicamente en el ámbito de la salud mental enuncia como principios de actuación la atención a los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría y la cobertura de los aspectos de prevención primaria y psicosociales en coordinación con los servicios sociales.

- El artículo 71.55.^a del Estatuto de Autonomía de Aragón que establece como competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma de Aragón la sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- El artículo 77.1.^a del citado Estatuto, corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia ejecutiva en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- La Ley 6/2002, de 5 de abril, de Salud de Aragón, en sus artículos 49 y siguientes, garantiza una prestación integral y coordinada de los servicios sanitarios, que, según el contenido funcional más importante que lleven a cabo, se ordenan en diversas estructuras operativas, entre las cuales se encuentra la atención a la salud mental.
- ORDEN SAN/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Diseño del Programa de Mentoría

Marco Institucional

El Programa de Mentoría en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil tendría lugar en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez e iría dirigido a todos pacientes que cumplieran unos requisitos de necesidad de dicho programa, valorado por la trabajadora social de la unidad.

El Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez se inauguró el 25 de febrero de 2015 con el objetivo de atender a 300.000 personas que formaban parte del sector sanitario III de Zaragoza, sustituyendo al edificio que se encontraba en la Avenida Madrid. En ese momento, ofrecería las mismas especialidades, con la intención de ir ampliándolas y mejorándolas. La obra supuso una inversión de 28.640.000 euros.

El proyecto comenzó en 2008, pero tuvo que paralizarse al rescindirse el contrato con la constructora. Se volvió a retomar con un nuevo proyecto a partir de 2011.

Fue inaugurado por la entonces presidenta de Aragón, Luisa Fernanda Rudi, quien visitó las instalaciones junto con el consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia en ese momento, Ricardo Oliván, el gerente del Servicio Aragonés de Salud, Ángel Sanz y el gerente del sector Zaragoza III, José Antonio Gil Lahorra. Enfatizaron mucho en la perspectiva de crecimiento poniendo de ejemplo la implantación en el edificio del servicio de urgencias 061, que anteriormente se encontraba en una instalación privada donde había que pagar alquiler. (Europa Press, 2015)

En noviembre de 2017 Se implantó la Unidad de Salud Mental de Adultos y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en un proceso de remodelación de 5 las consultas externas ubicadas anteriormente en el Hospital Clínico Lozano Blesa pasando a ser un equipo de salud mental comunitario. Los servicios ambulatorios del Servicio de Psiquiatría de Hospital Clínico (consultas externas de Psiquiatría de Adultos y Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil) se trasladaron al edificio de Inocencio Jiménez, dejando así espacios libres que permitieron dar más amplitud a otros servicios del hospital. Las dos unidades siguen dependiendo del Servicio de Psiquiatría del

Hospital Clínico, siendo como el resto de los servicios de Inocencio Jiménez, servicios propios del Hospital Clínico.

A partir de este traslado, se acerca la asistencia de salud mental a la comunidad, integrando la salud mental con otras especialidades médicas.

La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil es un equipo multiprofesional especializado que atiende los problemas de salud mental o situaciones de riesgo o sospecha de padecerlos, de la población menor de 18 años que son derivados fundamentalmente desde Atención Primaria. Realizan la detección precoz, diagnóstico diferencial, atención y el seguimiento de los niños y jóvenes con problemas de salud mental, siendo fundamental su coordinación con otros profesionales y recursos sanitarios y otros de los diferentes ámbitos que intervienen con estos menores (educación, servicios sociales, justicia, etc.). (Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, 2017). Da atención a la patología abordable de forma ambulatoria y atiende a una población de unas 300.000 personas.

Tanto la unidad de adultos como la infanto-juvenil palian un déficit de atención que se daba en el sector III, ya que casi toda la asistencia de salud mental se daba desde los hospitales.

El Sector Sanitario Zaragoza III ocupa una extensión de 7139,6 km² y presenta una densidad de población de 41,2 habitantes por km². Las características principales de este sector son la ruralidad, la dispersión de la población, la tasa de envejecimiento y dependencia alta y una tasa media/alta de inmigración. Dispone de tres centros de especialidades (CME Inocencio Jiménez Delicias, CME Ejea y CME Tarazona), cuatro Unidades de Salud Mental (USM Cinco Villas, CSM Delicias y dos situadas en CEM Inocencio Jiménez del HCU-LB para adultos e infantojuvenil) y un Centro de Rehabilitación Psicosocial Ntra. Sra. del Pilar. Además de la reciente integración del Centro de Alta Resolución de Cinco Villas (CASAR-Cinco Villas). (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa et al., 2019)

Los usuarios pueden acceder a estas unidades a través de la derivación de la consulta del centro de salud en atención primaria, por la derivación de servicios de urgencia de los hospitales generales (si existe una situación que no permite demora, una situación urgente, se puede acudir de forma directa, por orden judicial o conducidos por las fuerzas de orden público). Y también derivados desde Centros de rehabilitación de larga y media estancia y resto de los dispositivos rehabilitadores. (Ayuntamiento de Zaragoza et al., 2012)

La atención integral a la salud mental en la unidad comprende, por una parte, la oferta de prestaciones asistenciales de carácter curativo y rehabilitador, dirigidas al tratamiento del paciente y al apoyo a su familia, cuyo fin es la mejora, estabilización o recuperación de la enfermedad mental y, por otra, actuaciones enfocadas a la comunidad, de carácter preventivo y de promoción de la salud mental, cuyo fin es reducir el riesgo de padecer trastornos de salud mental.

Los servicios que se prestan son de promoción y prevención de la salud mental; docencia, formación e investigación; información, atención, coordinación y colaboración institucional. Los servicios específicos que prestan serían: consulta de psiquiatría, consulta de psicología clínica, consulta de enfermería y consulta de trabajadora social, que constituyen las agendas del equipo.

Objetivos generales y específicos.

Para el Programa de Mentoría en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil se plantean determinados objetivos para dar solución a la necesidad que se ha expuesto anteriormente. Se pretende que con estos objetivos se llegue al fin último de la intervención respondiendo a cómo queremos conseguirlo de una manera justificada y realista.

Objetivos generales:

1. Mejora de la salud mental infanto-juvenil de la población aragonesa desarrollando un modelo de mentoría 1 a 1 centrado en la comunidad, creando así un recurso complementario en la unidad que refuerce la eficiencia de la intervención con cada paciente infanto-juvenil.

Objetivos específicos:

2. Potenciar a través de la mentoría el contexto social de los jóvenes a través de actividades sociales realizadas con los mentores.
3. Conseguir que los jóvenes participen de forma activa en el plan de intervención y tratamiento de la Unidad.
4. Promover y aumentar la conciencia sobre la salud mental y su desestigmatización en los propios jóvenes, sus familias y en los mentores a través del trabajo comunitario.
5. Prevenir ciertas patologías o diagnósticos mentales en la edad adulta educando en salud mental.
6. Proporcionar contenidos formativos a los mentores sobre mentoría y salud mental.
7. Desarrollar el empoderamiento y crecimiento personal de los mentores.

Metodología

La mentoría en este programa forma parte de una metodología basada en la solidaridad y voluntariedad de algunas personas como recurso complementario del trabajado socioeducativo-sanitario de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. No es una metodología que sustituya la de ningún trabajo de los profesionales de la Unidad, ni de los servicios sociales u otras instituciones públicas.

Es un programa basado en la comunidad, en la amistad, el apoyo y la estabilidad social, lo que posibilita el refuerzo de las habilidades personales tanto del mentor como del mentorizado. Se caracteriza por la flexibilidad ya que cada individuo tiene unas necesidades diferentes y modos diferentes para trabajarlas.

Coincidiendo con Dolan y Brady (2017, p. 32), “el programa debe estar centrado en el niño y en el joven y ser dirigido por ellos, guiado por unas prácticas programáticas rigurosas, trabajando con estos en el contexto de su vida cotidiana. El modelo enfatiza el desarrollo de una amistad que sirva de apoyo. Aunque puedan fijarse metas, esto no debe hacerse hasta que la amistad esté firmemente establecida, por lo que el orden debe ser “primero la amistad, y el arreglo del futuro en segundo lugar.”

El programa establece una metodología de mentoría tradicional uno a uno basada en la comunidad en el que una persona más mayor, con más experiencia, establece una relación de amistad con el joven. Siguiendo y basándonos en la explicación y definición de MENTOR/National Mentoring Partnership (2005), este tipo de mentoría es caracterizada por:

- Duración de la relación de mentoría al menos de un año, cuatro horas por mes.
- Al estar basada en la comunidad, pueden reunirse en cualquier lugar si el mentorado se siente cómodo y es él quien decide las actividades a realizar y si quiere o no, expresarse y hablar de sus dificultades del momento.
- Los encargados del programa son los que determinan los criterios de selección de acuerdo con los objetivos. En este caso será la trabajadora social la principal figura de selección.
- Es necesario el previo permiso de padres, tutores legales o acudientes.
- Para conseguir mentores se es necesario jornadas de información. Para este programa, se requieren jóvenes que estén o hayan estudiado y formado en carreras o grados relacionados con lo sociosanitario y socioeducativo.
- Todos los aspirantes a mentores tienen que pasar un proceso de selección en el que se revisaran antecedentes penales, seguido de un proceso de formación tanto de mentoría como de salud mental.
- Todo procedimiento, sobre todo con respecto a las relaciones de mentoría, llevarán una exhaustiva evaluación para poder plasmar los progresos y necesidades a trabajar.
- La naturaleza de la relación de mentoría principalmente será de amistad (sobre todo de cara al mentorado) pudiendo desembocar en vocacional.
- El principal protagonista siempre va a ser el mentorado, siendo él el que marque el ritmo de la relación de acuerdo (de manera flexible) a los tiempos marcados.
- El mentor tiene que sentirse cómodo con el papel que realiza frente al mentorado, sin estar presionado por expectativas del joven y sin aceptar pasar los límites de la relación de mentoría.
- El programa, como ya se ha comentado anteriormente, debe tener un coordinador que se encargue de todos los procesos (selección, formación, evaluación...)

En este programa no solo hay que tener en cuenta el concepto de mentoría, si no que entra en juego una característica común de los individuos que participan en él como mentorados. Todos ellos acuden a la Unidad de Salud Mental por ciertas circunstancias y diferentes diagnósticos. El programa principalmente va dirigido a aquellos pacientes que acuden a la consulta de la trabajadora social cuyas necesidades de tratamiento puedan ser compatibles con el establecimiento de una relación con una persona que sin ser experta pueda manejar la relación de mentoría en un espacio alejado de la institución profesional.

El Programa, al ser la primera vez que se realizará en la Unidad, partirá con cinco pacientes y, por lo tanto, cinco mentores. Una vez que pase el primer año de las relaciones de mentoría y se pueda evaluar la consecución de objetivos y el éxito del programa, se valorará la ampliación de participantes.

Hay que tener en cuenta que los mentores van a estar apoyando a jóvenes con dificultades de salud mental. El apoyo social que van a ejercer tiene que estar bien comprendido entre los mentores para garantizar la calidad, el equilibrio y la resiliencia en diferentes formas. Los mentores deben formarse para que no vean en los jóvenes únicamente sus dificultades, si no

con mucho que potenciar y ofrecer en la relación, aunque necesiten algo más de apoyo. Si los mentorados son plenamente conscientes de que el mentor es conocedor de porqué acuden a la Unidad de Salud Mental y tienen la percepción de que solo mantienen la relación por y para solucionar esos determinados problemas, es probable que nunca se cree una relación de amistad de verdad ya que creará en él una incertidumbre de la finalidad de esa amistad y la sensación de que es un “caso más”.

El procedimiento para llevar a cabo el programa está estructurado en varias etapas donde se desarrollan diferentes actividades e intervenciones:

1. Planeación

- 1.1. Evaluación de necesidades de los pacientes de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a través de la observación indirecta de las consultas con la trabajadora social.
- 1.2. Desarrollo de las ideas básicas e iniciales sobre los puntos en los que se estructura el programa con anotaciones, esquemas, interrogantes...
- 1.3. Estructuración general del programa de mentoría que se quiere realizar, determinando el objetivo principal, las necesidades del colectivo al que se dirige el programa, contextualizarlo y fundamentarlo.
- 1.4. Asignar a la coordinadora del programa y componer el equipo de mentoría determinando las funciones y responsabilidades.

2. Reclutamiento de mentores.

- 2.1. Jornadas de información en carreras o grados sociosanitarios y socioeducativos a través de charlas informativas con la coordinación de los profesores para poder impartirlas en las clases. Estar presentes en las jornadas de voluntariado que realiza la Universidad de Zaragoza animando a los estudiantes a formar parte del programa.
- 2.2. Desarrollar materiales y recursos de información y captación tanto físicos como electrónicos (folletos, correos electrónicos, reuniones...) animando al profesorado a difundirlo.
- 2.3. Dar a conocer el programa a los tutores de prácticas de las carreras comentadas anteriormente para que les hablen particularmente a sus alumnos sobre el recurso y la posibilidad de ser voluntarios mentores.
- 2.4. Mantener *feedback* y contacto con los interesados y proporcionarles más información a través de correos, por teléfono o de manera presencial una vez quede claro el compromiso.

3. Selección de mentores

- 3.1. Proceso de selección: todos voluntarios que se presentan al programa son mentores potenciales, pero es necesario una evaluación para poder saber quién va a ser un buen mentor para el programa. Para ello, la trabajadora social coordinadora es la encargada de recabar información personal sobre los mentores potenciales a través de una entrevista, en el despacho de la unidad, en la que se le preguntará por aspectos

relevantes de su historia de vida, sus relaciones sociales, sus intereses y gustos, por experiencia con niños y adolescentes, habilidades, fortalezas y debilidades, expectativas... Se le plantearán casos para contemplar su resolución y reacciones, su nivel de flexibilidad... Deberá comprometerse por escrito a mantener la relación de mentoría por lo menos de un año y reunirse con su mentorado mínimo una vez a la semana y llevar el caso con responsabilidad y confidencialidad.

- 3.2. Obtención y entrega de Certificado de Delitos: una vez seleccionados los perfiles de los mentorados, estos deberán presentar y entregar a la trabajadora social coordinadora el Certificado de Delitos de Naturaleza Sexual y el Certificado de Delitos Penales demostrando que están exentos de dichos delitos para poder trabajar con menores.

4. Orientación y formación.

- 4.1. Realizar una primera reunión con todos los voluntarios para explicar las características y el funcionamiento del programa. También con el objetivo de que se vayan conociendo y hagan grupo de apoyo.
- 4.2. Crear material específico y dinámico de formación en mentoría, salud mental y protección a la infancia. Dicho material se mandará a los voluntarios para que lo estudien por individual y una vez a la semana (los dos primeros meses) se juntarán con la coordinadora para comentarlo, debatir y ponerlo en práctica.

MENTOR/National Mentoring Partnership (2005) expone cuatro tareas imprescindibles que deben lograr los mentores y para ello se les debe formar en diferentes ámbitos:

- Establecer una relación personal positiva: para ello deben entrenarse en habilidades efectivas de comunicación, el ciclo de la vida de una relación de mentoría, lo que hacen y no deben hacer los mentores, como tratar con problemas emocionales y de salud mental en los jóvenes, cómo manejar situaciones difíciles y cómo finalizar una relación de mentoría. Se aconseja la realización de juegos de rol como un método efectivo para trabajar estos aspectos.
- Ayudar a los menores a desarrollar sus habilidades para la vida: se imparte cómo construir habilidades de comunicación, de manejo de tiempo y de metas.
- Manejo del programa: funciones y responsabilidades de cada miembro del programa, entender lo que deben informar a la coordinadora.
- Conocimiento y capacidad de flexibilidad social: entender las características de los jóvenes, sus capacidades y límites, manejo de la inteligencia emocional.

Se irán incluyendo formaciones durante el proceso para que estén cada vez más preparados y se sientan más seguros ante la responsabilidad que conlleva la relación de mentoría como resolución de conflictos, valores, habilidades de liderazgo, ética y moral...

- 4.3. Si los mentores lo requieren, se reunirán con la coordinadora por la individual para comentar dudas o preocupaciones.

4.4. La coordinadora, con la información recogida de las sesiones de formación a través de la observación y las prácticas realizadas por los voluntarios, evaluará quiénes son aptos para poder ser mentores.

5. Selección e mentorados.

5.1. Intuir a qué pacientes les podría beneficiar: la trabajadora social de la USMIJ conoce el diagnóstico y la historia de vida de los menores y su contexto por lo que ella es la primera que podría saber qué menor puede ser beneficiario del programa con respecto a sus necesidades planteadas en las consultas y entrevistas. Ella es quien ve cómo se desenvuelven los jóvenes, cómo interactúan con sus acompañantes y quién escucha de manera activa desde un principio lo que demandan directa o indirectamente.

5.2. Trabajar con los jóvenes el apoyo social que tienen y la calidad de este a través de SNQ Y SPS: una vez que la trabajadora social de la unidad cree que el menor podría participar en el programa, trabaja de manera individual con él o ella el apoyo social en varias sesiones. Para el enfoque de dichas sesiones nos hemos apoyado en las intervenciones de apoyo que describen Dolan y Brady (2017):

1ª Sesión: Enfocar la cuestión de apoyo social con los jóvenes: cómo hacerlo, qué significa y porqué todos necesitamos apoyo.

2ª Sesión: Evaluar la ayuda disponible determinando quién está dispuesto a ofrecer ayuda al menor y cómo se relaciona este con los miembros de su red.

3ª Sesión: Analizar el panorama de apoyo social para juzgar cómo funciona la red, incluyendo los tipos y cantidades de apoyo disponible.

4ª Sesión: Acomodar y planificar fuentes de apoyo nuevas o mejoradas.

En la 2ª sesión, para descubrir quién está en la red del joven, se utilizaría el cuestionario *SNQ (Social Network Questionnaire)*, elaborado por Cutrona y Russel en 1987 y modificado por Dolan en 2003. Está compuesto por ítems que recaban información que puntúan por separado el número de personas por subgrupos (hermanos, amigos, familia extensa...), si viven o no en la unidad familiar y la percepción de las relaciones del joven a través de valoraciones numéricas desde “0” (mala relación), “1” (relación intermedia) y “2” (buena relación).

Con este cuestionario se consiguen dos reflexiones importantes: un resultado objetivo y cuantitativo ante la percepción del joven sobre su red social de apoyo y una clasificación de esta que puede ser materializada y comparada por los jóvenes a lo largo del programa.

En la 3ª sesión, para descubrir cómo funcionan dichas relaciones de apoyo se utilizaría el *SPS, Social Provisions Scale*, que mide la disponibilidad percibida del joven con respecto al apoyo social por tipo y cantidad de apoyo. Cada ítem se puntúa por separado, pero se alcanza una puntuación global. Cada pregunta se puntúa con un valor numérico: “No” (1), “A veces” (2) y “Sí” (3). Se debe conseguir una puntuación mínima

de 16 (en todas las preguntas la respuesta es “No”) y un máximo de 48 (todas las respuestas son “Sí”).

- 5.3 Comentar los beneficios del programa y plantear su participación: tras las sesiones anteriores, se realizaría una quinta que recabaría toda la información obtenida y las sensaciones y reflexiones tanto de la trabajadora social como del menor, llegando al final a la conclusión entre ambos si es necesario un apoyo externo. Aquí entraría la explicación e la existencia del programa de mentoría y de los posibles beneficios dejando así, que el adolescente acepte participar.
- 5.4 Autorización de padres o tutores legales y Contrato de apoyo: una vez que el joven decida participar, la trabajadora social se pondrá en contacto con los padres o tutores legales para que firmen su consentimiento ya que, al ser menores, es necesario su autorización. Una vez echo lo anterior, el menor deberá comprometerse por escrito a la participación del programa de una manera activa.

6 Emparejamiento

- 6.1 Crear una base de datos de los perfiles de mentores y mentorados que contengan datos importantes para que la coordinadora pueda realizar los emparejamientos. La trabajadora social coordinadora se basará en criterios de emparejamiento tales como disponibilidad, necesidades, intereses, ubicación geográfica, experiencias de vida, temperamento, compromisos...
- 6.2 Información básica al mentor sobre el mentorado y viceversa: la coordinadora se reunirá tanto con el mentor como el mentorado individualmente para comentarles con quién van a formar la relación. Al mentor se le contará detalles generales sobre el diagnóstico del joven para poder estar encaminado a la hora de empezar la relación.
- 6.3 Presentación de la pareja junto con la coordinadora: se realizarían dinámicas rompehielos y puesta en común de intereses y expectativas fuera de la unidad.
- 6.4 Actividades mentor/mentorado enfocadas acorde al proceso de relación de mentoría: conocimiento mutuo, crear ambiente de confort, crear confianza, trabajar en metas conjuntas, mantenimiento. Las actividades se realizarán en la comunidad, donde el mentorado se sienta más cómodo y respetando sus gustos e intereses, aunque el mentor puede proponer dinámicas diferentes una vez la confianza les permita salir de la zona de confort. Actividades tan simples como dar paseos, tomar algo, ir de tiendas... El mentor también debe esforzarse en apoyar y acudir a actividades que el menor realiza fuera del programa como partidos, concursos escolares para forjar así una relación óptima y verdadera.

7 Apoyo constante a ambas partes.

- 7.1 Creación de Historias Sociales de la relación de mentoría: la coordinadora debe crear una historia social de cada relación de mentoría en la que ir documentando el desarrollo y progreso de dicha relación. Para ello debe comunicarse constantemente con los mentores. Se ve necesario que durante las primeras semanas contacten frecuentemente y poco a poco, cuando la relación ya es estable, una vez al mes o cuando el mentor lo necesite. La coordinadora debe estar siempre disponible para atender dudas o conflictos y si es necesario, hacer de mediadora. Tiene que transmitir

un reconocimiento continuo para que los mentores no pierdan la sensación de estar haciendo algo valioso para consigo mismos y para con los demás.

- 7.2 Apoyo y refuerzo a los mentores a través de reuniones en grupo: la coordinadora reunirá periódicamente a los mentores fuera de la unidad, en encuentros informales para que entre ellos puedan coger confianza y crear un grupo en el que poder hablar de sus experiencias con los menores, de las dificultades, de avances o dudas.
- 7.3 Seguimiento de los mentorados: la trabajadora social de la unidad, durante las entrevistas con los pacientes del programa, en su agenda habitual, es la encargada de supervisar las impresiones de los jóvenes y si divisa algún conflicto comunicárselo a la coordinadora para que indague tanto con el menor como con el mentor.

8 Cierre y fin de la relación

- 8.1 Entrevistas de la coordinadora con los mentorados: las relaciones de mentoría deben durar por lo menos un año para que sean efectivas, sin embargo, pueden acabar antes por circunstancias personales del mentor o del mentorado o simplemente porque no han llegado a tener complicidad. Al tratarse de adolescentes con problemas de salud mental, tanto el equipo de mentoría como el mentor deben ir muy despacio y con cuidado en el proceso de cierre, repitiendo reiteradamente los logros y metas alcanzadas y darle a entender que la relación y la amistad siempre puede estar abierta en un futuro en el que las condiciones sean mejores. En el caso de que la relación finalice debido a que los adolescentes, al cumplir los 18, son derivados a la Unidad de Salud Mental de Adultos, o porque desde la USMIJ, el equipo multidisciplinar les ha dado el alta, hay que dejar claro a los mentorados que el fin de la relación de mentoría es un proceso más que han logrado para el desarrollo y mejora de su bienestar mental y social. Si ambas partes de la relación desean verse fuera del ámbito del programa será decisión de ellos sin que el equipo de mentoría siga una supervisión y evaluación.
- 8.2 Entrevista de la coordinadora con la pareja: para el cierre de la relación, ambos se deben juntar con la coordinadora y ella, además de reconocer los logros de la relación, hará de mediadora para que entre ambos compartan sus sentimientos, pensamientos, razones por las que ha ido bien o mal la relación, lo que han aprendido el uno del otro...

9 Evaluación

Evaluar resultados de la evolución del proceso a través de los indicadores que medirán si se han conseguido los objetivos propuestos y la satisfacción de todas las partes.

Cronograma

El programa se ha estructurado con una temporalidad de 14 meses ya que la relación de mentoría debe ser por lo menos de un año y se necesita dos meses mínimo para la planificación y puesta en marcha del programa. En el cronograma no se ha establecido un orden mensual (enero, febrero, marzo...) ya que las relaciones de mentoría pueden empezar en diferentes

meses dependiendo de cuando el paciente necesite de la participación del programa. Es decir, no todas las parejas empezarán el mismo mes.

OBJETIVOS	TAREAS	ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13	MES 14
1,2	1. Planeación	1.1														
		1.2														
		1.3														
		1.4														
3,4	2. Reclutamiento mentores	2.1														
		2.2														
		2.3														
		2.4														
5,6	3. Selección mentores	3.1														
		3.2														
		4.1														
		4.2														
3, 5	4. Orientación y formación	4.3														
		4.4														
		5.1														
		5.2														
2,3,4,5,7	5. Selección Mentorados	5.3														
		5.4														
		6.1														
		6.2														
4,6,7	6. Emparejamiento	6.3														
		6.4														
		7.1														
		7.2														
	7. Apoyo constante	7.3														
		8.1														
	8. Cierre	8.2														
	9. Evaluación															

Podemos diferenciar tres grupos que participan en el programa: el equipo de mentoría que estaría formado por la trabajadora social/coordinadora y demás profesionales de la unidad; los voluntarios/mentores y, por otro lado, los pacientes/mentorados.

Equipo de mentoría

El Equipo de mentoría está formado por los profesionales que intervienen en el programa. Está compuesto por una trabajadora social cuya función es la de coordinar el programa, la trabajadora social de la unidad, y los profesionales involucrados en los casos de menores que participen en el programa como el enfermero, la psicóloga o los psiquiatras.

El equipo debe tener reuniones de forma periódica para comentar la evolución de los casos y coordinar, organizar y estructurar las intervenciones de cada uno de ellos con el menor para que sea una intervención conjunta intensiva que vaya por el mismo camino. Debe estar disponible tanto para los mentores como para los mentorados.

El programa consta de dos trabajadoras sociales debido a la carga de trabajo que tiene la trabajadora social de la USMIJ, siendo inviable que sea ella misma la que supervise y coordine el programa de mentoría. Pero sí que es la profesional que da a conocer dicho programa a los menores en base a los servicios básicos que presta y que es primordial identificarlos y conocerlos para entender las funciones de las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario y de la salud mental.

Dichos servicios son: el estudio de las necesidades socio-familiares: entrevista familiar, visitas a domicilio, coordinación con otros profesionales; la Información, asesoramiento, acompañamiento, gestión y derivación para prestaciones; el diagnóstico social; la elaboración, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervención elaborado: elaboración del Proyecto de Intervención Sociofamiliar; la ejecución del Proyecto de Intervención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario; la evaluación de la intervención; seguimiento y la coordinación con Servicios Sociales y otros Sistemas de Protección Social. (Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo, 2002)

Los pacientes a los que atiende son derivados por los demás profesionales de las unidades si estos observan que necesitan del apoyo, refuerzo y ayuda de la trabajadora social. Siempre se trabaja con el paciente a través de la coordinación del equipo multidisciplinar.

La trabajadora social, teniendo siempre en cuenta la enfermedad mental del paciente y las limitaciones que supone, se centra principalmente en las necesidades sociofamiliares de este y lo que es más importante, en las capacidades a potenciar y reforzar. Para ello realiza un estudio psicosocial del paciente y de su entorno que comienza con la información proporcionada por los psiquiatras, la psicóloga, el enfermero u otros profesionales que han tratado al paciente y por las historias clínicas. A partir de allí formula varias hipótesis seguidas de unos objetivos en los que centrarse en las primeras entrevistas, aunque estos pueden variar conforme se vayan desarrollando.

Sigue una metodología centrada en el paciente en la que se combina aspectos psicoterapéuticos personales (intervención clínica) junto con la conexión con otras intervenciones sociales. Se debe conocer el entorno del paciente y los apoyos que tiene por lo que en las entrevistas, siempre y cuando sea favorable, son bienvenidos familiares y personas cercanas para poder observar y analizar su funcionamiento, su autonomía, cómo se relacionan, sus necesidades, capacidades, limitaciones... Es decir, se valora la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo.

Toda observación y todo análisis le lleva a un diagnóstico social en el que al igual que se plasman todas sus necesidades carentes de cubrir, también se debe indicar todos los aspectos positivos del paciente.

Todas las observaciones y conclusiones siempre las comenta con los respectivos profesionales para poder realizar un plan de intervención conjunto y así poder unificar objetivos y propuestas para la mejora del paciente. Normalmente los psiquiatras y las enfermeras acuden a los despachos para comentar los casos y para plantear y ver cómo abordar un plan para cada paciente (tratamientos, derivaciones a otros centros, posibles prestaciones...) También se comentan en las reuniones periódicas que realizan. Una vez esto claro, si es necesario la trabajadora social se pone en contacto con profesionales de Servicios Sociales o de otras entidades que también tratan a los pacientes o que van a ser derivados para poner en común y coordinar la actuación para que la rehabilitación sea lo más adecuada posible. Siempre que la situación lo permite, hay que tener en cuenta el deseo y la autorización del paciente.

Toda la información recopilada de los pacientes, todo lo que se comenta con los profesionales sobre ellos, las coordinaciones con otras entidades, las llamadas telefónicas, correos electrónicos, documentos adicionales, las citas etc. se plasman en las historias sociales para que haya un seguimiento continuo del caso y no se pierda ningún detalle de este.

Dentro del programa de mentoría, la trabajadora social de la unidad es la encargada de intuir los posibles perfiles de los jóvenes que podrían beneficiarse del programa para más adelante, después de realizar una evaluación sobre las necesidades, informar y explicar a estos y a sus familiares o acudientes sobre el programa y sus beneficios. Es la que le deriva los casos que podrían encajar en el programa a la Trabajadora Social coordinadora. Ambas trabajadoras sociales son las que más van a interactuar entre ellas para coordinar e informar sobre la evolución de las relaciones de mentoría. Ella es la que se comunicará con los familiares del mentorado sobre el progreso en el programa.

La trabajadora social coordinadora del programa es la encargada de supervisar a diario la marcha general y la gestión de este. Sus funciones principales consisten en recibir las derivaciones y evaluar la idoneidad de los menores para el programa, reclutar y formar a los voluntarios, establecer, supervisar y evaluar los emparejamientos, facilitar formación y apoyo a todos los participantes, coordinar la publicidad y las reuniones de información para voluntarios, coordinar las reuniones con los demás profesionales y la evaluación del programa y sus integrantes. (Dolan & Brady, 2017, p.106)

Los demás profesionales del equipo multidisciplinar de la USMIJ tienen que reunirse con las trabajadoras sociales una vez cada dos meses para comentar los progresos que han interceptado

en los menores gracias al programa o por el contrario, ven que no les beneficia o que se podría actuar de manera diferente.

Voluntarios/mentores

El mentor va a ser la figura clave y de referencia para el menor que participa en el programa. Va a crear una relación informal que sirva de complemento, y no de sustituto, para la mejora terapéutica del paciente de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Sirve de gran ayuda cuando los demás profesionales se sienten estancados en algunos casos ya que, como bien se afirma en el Proyecto Sapere Aude (2019), “el mentor proporciona una mirada fresca sobre y hacia el niño, es un elemento externo sin prejuicios/pre-expectativas en el contexto del niño”

Es óptimo que los mentores tengan una experiencia previa con menores y que tengan una fuerte sensibilidad ante ellos y a los problemas de estos sin llegar a la lástima. Al igual que todos los profesionales relacionados con lo social, deben tener un fuerte sentido de eficacia, aceptación personal y autoconciencia en relación con su personalidad, capacidades y limitaciones.

El mentor va a ser el principal responsable del menor dentro del programa por lo que deben quedar claras sus funciones:

- Desde el principio de la relación hasta el final tiene que mantener un fuerte compromiso de confidencialidad sobre su mentorado hacia su vida privada.
- Debe transmitir confianza y comprensión emocional, sinceridad y representar un ejemplo a seguir basado en sus propios actos, mostrando así resiliencia ante la realidad. Su principal “método de trabajo” tiene que ser el desarrollo de una relación sincera, no juiciosa y de apoyo.
- Se compromete a ser una presencia estable en la vida del mentorado, ya que, como mínimo, para que se cree una relación fuerte, debe durar un año.
- Tiene que comprender que el protagonista es el mentorado y debe enfocarse siempre hacia sus necesidades y gustos, siendo siempre flexible ante sus demandas.
- Una de las cosas más importantes que deben saber es que ellos no han sido elegidos para cambiar y mejorar la vida de nadie, sino que son acompañantes que apoyan y deben transmitir lo mejor de sí mismos para predicar con el ejemplo.
- Se espera que llegue a despertar en el menor la superación de las dificultades tratadas en la unidad, sobre todo las sociales.
- No puede ser crítico ni reprender las actuaciones del menor, debe ser imparcial y ofrecer soluciones.
- Debe tener claro los límites de la relación de amistad/mentoría, comportándose, así como si fuera una relación normal de amistad, pero sin olvidar que se encuentran dentro de un marco de actuación institucional.

Perfil de pacientes/mentorados

A la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil acuden pacientes con diagnósticos muy distintos y no todos podrían encajar en el programa. Por ejemplo, para poder intervenir con menores con

trastorno mental grave, los mentores deberían tener una formación específica en ello y una gran experiencia. Muchos pacientes, debido a su diagnóstico, no pueden llevar a cabo las actividades propuestas en el programa y sería contraproducente.

Hablamos entonces de pacientes adolescentes que puedan valerse por sí mismos sin ayuda de sus tutores o familiares para que pueda entablar por sí solo la relación con el mentor. Es por ello que inicialmente el programa va a partir con cinco menores para seguir y evaluar con mucho cuidado todo el proceso y si resulta exitoso ampliar más el número de participantes.

Cada adolescente tendrá un diagnóstico, una historia y un contexto diferente, por lo que las necesidades de cada uno de ellos también lo son. Sin embargo, encontramos necesidades comunes de la adolescencia tanto la temprana (12-16 años) como la tardía (16-18) que con la aplicación del programa, podrían ser abordadas.

Dolan y Brady (2017) comentan dichas necesidades. En la adolescencia temprana las necesidades de los menores se centran en la naturaleza tumultuosa del crecimiento y los cambios físicos, intelectuales y emocionales, y el paso de las relaciones familiares a las de amistad y de compañeros. La necesidad de apoyo emocional empieza a coger fuerza e importancia. En la adolescencia tardía, sumando las anteriores, se añaden nuevas prioridades como la de mayor independencia, la toma de decisiones importantes, estrés y ansiedad asociados a temas académicos, sociales, familiares... El apoyo del consejo y la confirmación de la confianza toman protagonismo en dicha etapa.

Indicadores de evaluación

El programa, al partir desde cero, tiene que estar en constante evaluación, sobre todo por parte de la coordinadora, observando qué es lo que funciona y qué se puede mejorar. Es importante saber cómo está evolucionando el programa a través de los indicadores que muestren la consecución de objetivos. Si se van alcanzando poco a poco los objetivos marcados, sobre todo los de corto plazo, se sabrá qué actuaciones se pueden seguir haciendo de la misma manera y cuáles son mejorables.

Los indicadores para evaluar el objetivo general de desarrollar un modelo de mentoría centrado en la mejora de la salud mental infanto-juvenil creando un recurso complementario en la unidad que refuerce la eficiencia de la intervención con los menores se pueden basar perfectamente en los indicadores generales para la evaluación del programa de Dolan y Brady (2017), que, a la vez, abarcan los objetivos específicos del programa:

La cobertura que abarca cuestiones como:

- Número de voluntarios presentados y número aceptados.
- Número de derivaciones de posibles mentorados por parte de la trabajadora social de la unidad.
- Número de mentorados que se han aceptado.
- Número de emparejamientos que se han realizado.

La temporalidad:

- Número de emparejamientos que han durado por lo menos un año.
- Número de emparejamientos que han decidido seguir después del año.
- Número de emparejamientos que acaban antes del año.

La calidad de las relaciones sería otro factor importante para evaluar el objetivo de potenciar a través de las relaciones de mentoría el contexto social de los jóvenes a través de actividades sociales con los mentores. Se evaluaría a través de:

- Número de emparejamientos que han necesitado de la mediación de la coordinadora.
- Número de emparejamientos que han resultado incompatibles
- Número de emparejamientos que han creado una amistad que sigue tras el programa.
- Entrevistas de seguimiento de la trabajadora social con las parejas, individual y conjuntamente.
- Número de actividades sociales que han realizado en común cada pareja.
- Encuesta a ambas partes sobre la relación a través de puntuaciones numéricas (1-10) donde se abarquen aspectos como el nivel de confianza, nivel de apoyo de uno hacia el otro y viceversa, quién creen que han aportado más en la relación...

Las percepciones, indicador más constante y accesible en todo momento para poder ver el éxito del programa, también son un indicador cualitativo para observar la consecución del objetivo de promover y aumentar la conciencia sobre la salud mental en los participantes y sus familias:

- De manera cualitativa, la satisfacción trasladada por parte de padres o tutores, menores y mentores a través de una encuesta de satisfacción donde se evidencie un mejor funcionamiento en las relaciones familiares y sociales del menor.
- Entrevistas personales a mentores y mentorados al inicio de la relación y al final donde se abarquen y comparen cuestiones como: percepción que se tiene de los pacientes en salud mental.
- También se puede medir con el número de nuevos voluntarios interesados en participar gracias a la promoción y publicidad de los ya voluntarios.

Y del objetivo de prevenir ciertas patologías o diagnósticos mentales en la edad adulta:

- Número de menores que evolucionan de manera positiva en su tratamiento proporcionado en la unidad (consultas en el psiquiatra, enfermería, psicología o trabajadora social).
- Comentarios de los profesionales en las reuniones del equipo de mentoría.
- A largo plazo, número de menores que han participado en el programa y han recibido el alta antes de ser derivados a la Unidad de Adultos.

Utilizamos también el indicador de calidad y el de percepción, en cuanto a la formación y desarrollo personal de los mentores con la finalidad de medir el objetivo de proporcionar contenidos formativos a los mentores sobre mentoría y salud mental y el objetivo de desarrollar el empoderamiento y crecimiento personal de estos. Para ello se realizará una encuesta de

competencias tanto personales como en salud mental al final de la relación para poder medirlo de manera cuantitativa y, de manera cualitativa, una entrevista sobre cómo se han visto ellos a lo largo del proceso y qué es lo que han aprendido.

Presupuesto

El Programa de Mentoría en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en el Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez incorporaría a una trabajadora social más por lo que supondría un sueldo más y un despacho para ella en la unidad con el equipamiento material y tecnológico necesario.

Los seminarios, cursos, jornadas y acciones formativas y de publicidad relacionadas con el programa también supondrían gastos.

FICHA ECONÓMICA	
Personal: trabajadora social coordinadora	1.996,64€/mes – 27.952,96€/anuales
Material publicitario	1.000€
Material formativo	1.000€
Ordenador	500€
Teléfono móvil	200€
TOTAL	30.652,96€

Al ser un programa propuesto desde y para la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Especialidades Médicas Inocencio Jiménez, si se aprueba, será financiado desde los presupuestos del SALUD. Se puede presentar al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud, un programa del Servicio Aragonés de Salud, Seguridad Sanitaria y Calidad.

Conclusiones

Hoy en día, los problemas de salud mental de la población están adquiriendo cada vez más importancia y atención, pero todavía queda mucho camino por recorrer para lograr una plena desestigmatización y para conseguir un acceso universal, gratuito y continuado a los recursos donde se trata.

Muchas personas no acuden a dichos recursos porque no están educadas para saber que su malestar proviene de una mala gestión emocional, por no tener consciencia de enfermedad y pensar que lo van a “tachar de loca” o simplemente porque desde atención primaria no se considera la derivación a una unidad de salud mental (o si se considera, la lista de espera es de meses) y acudir a un recurso privado supone un coste económico elevado.

Desde mis prácticas en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Centro de Especialidades Médicas Inocencio-Jiménez, me di cuenta de que un gran porcentaje de pacientes menores (sin trastorno mental grave) acudían con sus familias por no saber gestionar eficazmente las funciones y responsabilidades que debían de tener cada miembro de la familia, por no saber expresar ni gestionar adecuadamente las emociones, por no saber relacionarse entre ellos... Con esto quiero decir que, a parte de los diagnósticos clínicos de los pacientes, divisé una gran cantidad de factores sociales que a los pacientes y a sus familias les impedían llevar a cabo una buena recuperación terapéutica y les limitaban en el avance hacia la mejora.

Es por ello por lo que reivindico la labor del trabajo social en las unidades de salud mental ya que su función principal es ser agentes de cambio social, agentes que ayudan a las personas a ayudarse haciéndoles ver por sí mismos que capacidades, habilidades, dificultades y limitaciones tienen, ofreciendo recursos para que se acepten y luchan por mejorar en lo que se pueda. Las trabajadoras sociales no solo se centran en el paciente, sino también en su contexto, en sus relaciones, y trabajan con todo ello en conjunto siempre por el bien del paciente. Son capaces de abarcar y aprovechar todos los medios accesibles para el bienestar del paciente, siendo partícipes y conocedoras de gran cantidad de programas, proyectos, recursos e incluso son ellas mismas las que los crean. Realizan una labor comunitaria ya que contribuyen a una educación ciudadana responsable en la intervención con cada paciente ya que uno de sus objetivos es que estos creen una relación sana, positiva e integradora con la sociedad.

Cuando me propuse empezar este proyecto de intervención, la idea la tenía muy clara, sin embargo, me costó mucho concretarla y plasmarla por escrito. Necesité de mucha investigación y lectura para poder darle forma a la idea abstracta que tenía en mente. Con los primeros libros y artículos, no daba con lo que yo estaba buscando y me planteé en varias ocasiones cambiar por completo el proyecto. La mayoría de bibliografía que encontré trataba sobre todo de mentoría en educación o laboral. Tuve que indagar bastante hasta encontrar lo que a mí me interesaba. Es por ello, que, veo necesario la investigación de mentoría en salud mental y la realización de proyectos ya que es un ámbito poco estudiado y trabajado, y, dada la situación actual, lo considero muy necesario para la prevención.

Dado que, como ya he comentado, programas de mentoría en salud mental no han sido fáciles de encontrar, el que he diseñado ha tomado sus bases en otros tipos de mentorías, adaptándolo a las dificultades de los jóvenes que acuden a la unidad de salud- mental.

Si tuviera que describir con una palabra cómo es el programa diría que es flexible, ya que cada paciente, cada relación de mentoría es diferente y tienen diferentes necesidades por lo que la temporalidad, la tipología y metodología de los procesos puede variar dependiendo de lo que requieran. Los adolescentes se encuentran en pleno proceso de desarrollo personal que implica dificultades en la mayoría de los ámbitos de sus vidas por lo que los adultos, tanto profesionales como familiares, deben tener flexibilidad ante estos cambios para ofrecerles un mayor apoyo.

El programa se ha realizado como un servicio más de la unidad de salud mental coordinado por una trabajadora social, pero podría ser aplicado en cualquier recurso de salud mental infanto-juvenil, sea público o privado, con una persona especializada en mentoría infanto-juvenil en salud mental.

Este proyecto de intervención considero que se me ha quedado escaso en cuanto a la demostración y aplicación del programa. Me hubiera gustado ponerlo en práctica, aunque hubiera sido a menor escala y así poder analizar la consecución de objetivos y corregir todo lo necesario que no funcionara en la práctica para que en un futuro este programa pudiera ser lo más viable y eficiente posible para que sea una realidad y se pudiera implantar en las unidades de salud mental como proyecto piloto. Creo que poniéndolo en práctica es cuando mejor se pueden definir las estrategias, actuaciones e intervenciones del programa pudiéndolo materializar. En un futuro, si se me presenta alguna oportunidad no dudaré en hacerlo porque creo firmemente en la idea en beneficio de los pacientes infanto-juveniles y sus familias.

Para concluir me gustaría comentar y analizar los resultados, expuestos en un artículo del periódico online NIUS (I.C. -Agencias, 2021), de un reciente estudio publicado en la revista *Frontiers in Psychology*, desarrollado por la doctora Rocío Lavigne Cerván, de la Universidad de Málaga junto con el doctor Ignasi Navarro de la Universidad de Alicante, y la doctora Rocío Juárez Ruiz de Mier, neuropsicóloga y psicóloga infantil del Hospital Vithas Xanit Internacional de Benalmádena (Málaga).

El estudio buscaba valorar el impacto psicológico de la pandemia en los niños por lo que se les realizó una encuesta a 1.028 jóvenes entre 6 y 18 años y a sus familiares. Reveló que el 66,9% de los niños y el 67,9% de los adolescentes presentan puntuaciones medio-altas en ansiedad. Las funciones ejecutivas, la capacidad para planificarse y organizarse, autorregular sus emociones, gestionar bien el tiempo, solucionar problemas, motivarse, adaptarse a las distintas circunstancias e inhibir conductas no apropiadas ha empeorado.

El estudio realiza una clara conclusión con respecto a los resultados tan negativos y alerta sobre la necesidad de implantar "urgentemente" programas para tratar los problemas sobre la salud mental en estas edades.

En el Programa de Mentoría propuesto se trabajarían las dificultades comentadas, que se han agravado por la pandemia, por lo que considero que es un proyecto viable y realista que podría tomarse en consideración para poder ponerse en práctica.

La implantación de este programa no obtendría únicamente un resultado positivo en los menores de la unidad, si no que supondría un gran impacto en el desarrollo personal de los voluntarios al conocer mejor la realidad de la salud mental infanto-juvenil y al verse capaces de contribuir en la mejora de los jóvenes. También supondría un impacto comunitario debido a la integración de estos jóvenes en actividades sociales.

Bibliografía

Agintzari, Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social. (2012). *Estudio sobre las necesidades sociales de la infancia y adolescencia con atención en Salud Mental*.

<https://consaludmental.org/centro-documentacion/necesidades-sociales-infancia-adolescencia-salud-mental/>

Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(83).

<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1054>

Ayuntamiento de Zaragoza. Área de Acción Social y Deportes. (2013). *Guía práctica de servicios sanitarios* [Libro electrónico].

<http://www.zaragoza.es/contenidos/consumo/GUIAPRACTICADESERVICIOSSANITARIO S.pdf>

Carnicero, L. (2021, 9 abril). Sanidad se refuerza para atender la salud mental de los menores.

El Periódico de Aragón.

<https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/2021/04/09/sanidad-refuerza-atender-salud-mental-46446163.html>

Castro, C., & Rodríguez, E. (2016). Intervención Social con Adolescentes: necesidades y recursos. *Trabajo Social Hoy*, 7, 7–23. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0001>

Cátedra Fundación Alicia Koplowitz-UCM. (2014). *Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Origen Gráfico S.L.

<https://fundacionaliciakoplowitz.org/wpcontent/uploads/2020/09/libroblanco.pdf>

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). *Avance de resultados del estudio 3312*

Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19.

CIS.

http://www.cis.es/cis/opencms/ES/NoticiasNovedades/InfoCIS/2021/Documentacion_3312.html

Dolan, P., & Brady, B. (2017). *Mentoría de menores y jóvenes: Guía práctica* (1.^a ed.). Narcea Ediciones.

Europa Press. (2021, 9 abril). Aragón contratará a 18 psicólogos para la atención temprana de pacientes con enfermedad mental. *Heraldo*.

<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2021/04/09/aragon-contratara-a-18-psicologos-para-la-atencion-temprana-de-pacientes-con-enfermedad-mental-1483669.html?autoref=true>

Fontenla, C. (2017a, octubre 19). Las nuevas unidades de salud mental del Inocencio Jiménez abrirán en noviembre. *Heraldo*.

<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2017/10/19/las-nuevas-unidades-salud-mental-del-inocencio-jimenez-abriran-noviembre-1202665-300.html>

Fontenla, C. (2017b, noviembre 14). Las unidades de salud mental del Inocencio Jiménez abren este miércoles. *Heraldo*. <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2017/11/14/las-unidades-salud-mental-del-inocencio-jimenez-abren-manana-1207697-300.html#>

Fundación Federico Ozanam. (2014). *Proyecto Pasaje. Proyecto de apoyo social y acompañamiento para jóvenes extutelados*.

Funes, J. (2003). ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema? *Papeles del Psicólogo*, 23(84).

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808401>

Garcés, E. (2010). El trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333–352.

Garcés, E. (2017). Trabajo Social Clínico con adolescentes desde un contexto terapéutico. En A. Ituarte (Ed.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (pp. 209–222). Nau Libres.

Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2017). *Plan de Salud Mental 2017- 2021*.

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_201%207_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b

Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2019, 1 febrero). ORDEN SAN/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización 34 asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA.es.

<http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1057967483838>

Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo. (2002). Cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón.

<https://www.aragon.es/documents/20127/674325/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF/b8569fd6-e34d-7239-5c8d-1e1aa80f8d04>

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Campos, D. R., Zapata, D. M., Quintanilla, M. A., & Pérez, V. (2019). Guía Docencia MIR del Servicio de Psiquiatría Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

http://www.hcuz.es/c/document_library/get_file?uuid=ba4ec6a7-fa7d46d294e5-9f85db18b769&groupId=10190

Información en materia de Salud Mental. (2020, 8 octubre). Gobierno de Aragón.

<https://www.aragon.es/-/salud-mental#anchor3>

- I.C.- Agencias. (2021, 18 marzo). La pandemia pesa en la salud mental infantil: siete de cada diez niños sufren ansiedad por el confinamiento -. *Nius Diario*.
https://www.niusdiario.es/sociedad/sanidad/pandemia-ansiedad-ninos-confinamiento-estudio-salud-mental-consecuencias_18_3108270017.html
- López Lázaro, N., & Garcés, E. M. a . (2017). El trabajador social la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 379-391
- MENTOR/National Mentoring Partnership. (2005). *Cómo construir un programa de mentoría exitoso Utilizando los Elementos de la práctica efectiva*. MENTOR/National Mentoring Partnership.
- Ortíz, P. J. D. (2014). *Psiquiatría infantil*. Corporación para investigaciones Biológicas CIB.
- Oto, J. (2017, 7 agosto). El Inocencio Jiménez acogerá en octubre la salud mental del Clínico. *El Periódico de Aragón*.
https://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/inocencio-jimenezacogera-octubre-salud-mental-clinico_1219146.htm
- Sapere Aude. (2019). *Manual Formativo para la Mentoría Social*. <http://sapereaude-project.com/wp-content/uploads/2019/05/Sapere-Aude-Handbook-SPA.pdf>
- Servicio Aragonés de Salud. (s. f.). *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Gráficas Lema S.L.
- Truffino, J. (2015). *La salud mental en el mundo de hoy* (2.ª ed.) [Libro electrónico]. EUNSA.
<https://es.scribd.com/read/370051264/La-salud-mental-en-el-mundo-de-hoy>

World Health Organization. (2017, 23 febrero). *Mental Healht*.

https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:%7E:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.